

354

24



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Fractura de Organos Dentales Anteriores en Dentición Decidua y Permanente.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

MARIA LUISA TOVAR MILLAN
JUAN EMIGDIO FLORES GARCIA

Asesora: DRA. CRISTINA BARRERA O.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TEMARIO.

- I.-INTRODUCCIÓN.
- II.- ANATOMIA E HISTOLOGÍA DE LA CAVIDAD BUCAL.
- III.- DEFINICIÓN DE TRAUMATISMO Y FRACTURA.
- IV.- TRAUMATISMO DE TEJIDOS BLANDOS.
- V.- TRAUMATISMO DE TEJIDOS OSÉOS .
- VI.- TRAUMATISMO DE LA ESTRUCTURA DENTAL,DE LA APOFISIS ALVEOLAR Y SU TRATAMIENTO.
- VII.-TRATAMIENTO DE FRACTURAS CORONARIAS .
- VIII.- CONCLICIONES .
- IX.- BIBLIOGRAFÍA .
- X.- INDICE.

I.- INTRODUCCION.

DENTRO DE LOS TEMAS POCO CONOCIDOS POR EL CIRUJANO DENTISTA GENERAL, ESTA EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS - MAXILO-FACIALES.

POR LO CUAL EN ESTE TRABAJO DAMOS UN PEQUEÑO BOSQUEJO DE LA IMPORTANCIA DE ESTOS TRAUMATISMOS Y SU TRATAMIENTO, ESPECIFICANDO CUANDO ES POSIBLE QUE ACTUE EL CIRUJANO DENTISTA GENERAL Y QUE A LA VEZ SEA CAPAZ DE RECONOCER EL MOMENTO EN EL QUE ES NECESARIO REMITIR AL PACIENTE A UN TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y ESPECIALIZADO OPORTUNO.

II.- ANATOMIA E HISTOLOGIA DE LA CAVIDAD BUCAL.

CAVIDAD BUCAL.- Es un espacio limitado por los labios y carrillos hacia adelante y a los lados, por el paladar hacia arriba, y por el piso muscular de la cavidad bucal hacia abajo.

Su comunicación hacia el exterior, a través de la hendidura formada por los labios también llamada hendidura bucal, y con la faringe a través de las fauces.

Esta subdividida por las apófisis alveolares y los dientes en el vestíbulo bucal y en la cavidad bucal.

La cavidad bucal en su interior contiene la lengua que está insertada con movilidad en el piso de la boca.

La unidad dental es un órgano compuesto, por los dientes y sus estructuras de soporte de tejidos blandos y duros. La unidad dental evolucionó principalmente para la trituración y procesamiento de los alimentos y también desempeña un papel fundamental en la deglución, fonación, y propiocepción.

Histológicamente en la cavidad bucal encontramos:

El tejido periodontal que está integrado por; encías, ligamento periodontal, cemento, hueso de soporte y alveolar.

Estos tejidos se encuentran organizados en forma única para realizar:

- 1.- Inserción del diente en su alveolo.
- 2.- Resistir y resolver las fuerzas generadas por la masticación, habla y deglución.
- 3.- Mantener la integridad de la superficie corporal separando los medios ambientes, externo e interno.

4.-COMPENSOR:POR LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON - EL DESGASTE Y ENVEJECIMIENTO, ATRAVÉS DE LA REMODELACIÓN CONTINUA Y REGENERACIÓN.

5.-DEFENSA CONTRA LAS INFLUENCIAS NOCIVAS DEL AMBIENTE EXTERNO QUE SE PRESENTA EN LA CAVIDAD ORAL.

LA CAVIDAD BUCAL SE ENCUENTRA CUBIERTA POR LA MEMBRANA-MUCOSA, QUE SE CONTINUA HACIA ADELANTE CON LA PIEL DEL LABIO Y HACIA ATRAS CON LA MUCOSA DEL PALADAR BLANDO Y LA FARINGE.

LA MEMBRANA DE LA MUCOSA ORAL SE CLASIFICA EN 3 TIPOS:

- A).-LA MUCOSA MASTICATORIA, CUBRE EL PALADAR DURO Y EL HUESO -- ALVEOLAR.
- B).-LA MUCOSA ESPECIALIZADA, CUBRE EL DORSO DE LA LENGUA.
- C).-LA MUCOSA DE REVESTIMIENTO, COMPRENDE EL RESTO DE LA MEMBRANA MUCOSA.

LA PORCIÓN DE LA MEMBRANA MUCOSA BUCAL QUE CUBRE Y QUE - SE ENCUENTRA ADHERIDA AL HUESO ALVEOLAR, Y REGIÓN CERVICAL DEL DIENTE, SE LLAMA ENCÍA.

LA ENCÍA NORMAL ES DE COLOR ROSA SALMÓN, POSEE UN PUNTI--LLEO ESCASO Ó ABUNDANTE, Y NO EXHIBE NI EXUDADO NI ACUMULACIÓN-DE PLACA, LA ENCÍA TIENE UNA TERMINACIÓN EN SENTIDO CORONARIO A MANERA DE FILO DE CUCHILLO, CON RESPECTO A LA SUPERFICIE DEL -- DIENTE.

HISTOLOGICAMENTE. EL EPITELIO Y LOS TEJIDOS CONECTIVOS -- SUELEN ESTAR LIBRES DE LEUCOCITOS MIGRATORIOS, AUNQUE EN LA MA--YOR PARTE DE LOS CASOS SE OBSERVAN ALGUNOS GRANULOCITOS NEUTRO

FILICOS DENTRO DEL EPITELIO MUY PROXIMO A LA SUPERFICIE DEL DIENTE. EL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE ESTA FORMADO PRINCIPALMENTE POR DIVERSOS HACES DE FIBRAS COLÁGENAS, QUE SE EXTIENDEN HASTA LA MEMBRANA BASAL CON LA CUAL SE UNE.

LA ENCÍA SE DIVIDE EN TRES PARTES:

1.-LA ENCÍA MARGINAL LIBRE, SE EXTIENDE DESDE EL MARGEN MÁS CORONARIO DE LOS TEJIDOS BLANDOS HASTA LA HENDIDURA GINGIVAL.

2.-LA ENCÍA INTERDENTARIA, ES LA QUE LLENA EL ESPACIO INTERPROXIMAL, DESDE LA CRESTA ALVEOLAR HASTA EL AREA DE CONTACTO ENTRE LOS DIENTES.

3.-LA ENCÍA INSERTADA, SE EXTIENDE DESDE EL SURCO GINGIVAL HASTA LA LINEA MUCOGINGIVAL DEL FONDO DE SACO, VESTIBULAR Y PISO DE LA BOCA.

EN LA REGIÓN PALATINA, NO EXISTE UNA LINEA DE REPARACIÓN-- ENTRE LA ENCÍA INSERTADA Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS PALATINAS.

FUNCIÓN DENTARIA EN GENERAL.

LOS DIENTES SON LOS ÓRGANOS MÁS DUROS DEL CUERPO HUMANO, SE LOCALIZAN EN LA CAVIDAD BUCAL FORMANDO PARTE DE ELLA, SIENDO SUS FUNCIONES EN PRIMER TERMINO, LAS DE LA MASTICACIÓN, LA FONACIÓN DEL HABLA Ó LOCUCIÓN, VA A CUMPLIR UNA FUNCIÓN DE ESTETICA Y TODO ESTO VA DE ACUERDO CON LA INTEGRIDAD DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

EL APARATO DENTAL EN SU TOTALIDAD SE CONSIDERA COMO UNA UNIDAD, POR LO QUE EN LA MASTICACIÓN SU FUNCIÓN ACTIVA ES UNIDAD.

LOS TEJIDOS QUE CONSTITUYEN AL DIENTE SON CUATRO:

A).-ESMALTE:DESARROLLADO EMBRIOLOGICAMENTE A PARTIR DEL PRIMOR DIO EPITELIAL LLAMADO ÓRGANO DEL ESMALTE Ó ÓRGANO DENTARIO;ES LA PROTECCIÓN ACELULAR Y ALTAMENTE MINERALIZADO QUE CUBRE A LA DENTINA,EN TODA LA EXTENSIÓN DE LA CORONA SIRVIENDO COMO LIMITE DE ESTA,SU COMPOSICIÓN ES EN UN 95% DE MATERIAL INORGANICO.

LA MATRÍZ INORGANICA ESTÁ COMPUESTA PRINCIPALMENTE POR CALCIO,FOSFORO,FLÚOR,MAGNESIO,SODIO,CARBONATO Y CITRATOS,ESTOS COMPUESTOS DAN LA FORMACIÓN DE LA HIDROXIAPATITA Ó APATITA,Ó-- UN COMPUESTO QUE SUSTITUYE LOS HIDRÓXILOS POR FLÚOR,DENOMINADA FLÚORAPATITA.

B).-DENTINA.ES UN TEJIDO BIOMINERALIZADO O SEMEJANTE AL HUESO, LA MATRÍZ ORGÁNICA DE LA DENTINA ES SINTETIZADA POR LOS ODONTOBLASTOS.LA MATRÍZ DENTINARIA ANTES DE ESTAR MINERALIZADA SE -- DENOMINA PREDENTINA Ó DENTINA INMADURA,LA MINERALIZACIÓN SE -- INICIA SIMULTÁNEAMENTE EN VARIAS AREAS DE FORMA GLOBULAR,QUE-- CONFLUYEN Y SE FUSIONAN,ESTE PROCESO ES CONSTANTE HASTA LOGRAR LA MINERALIZACIÓN COMPLETA DE LA MATRÍZ DENTINARIA;LA MINERALIZACIÓN PERSISTE POR MUCHO TIEMPO AÚN HABIENDO SIDO ELIMINADOS LOS ODONTOBLASTOS,LO QUE DA POSIBILIDAD DE QUE ESTA DENTINA NO SE DESTRUYA CUANDO SE SUSTITUYE LA PULPA DENTARIA POR -- ALGÓN MATERIAL DE OBTURACIÓN.

C).-CEMENTO.ES UN TEJIDO MINERALIZADO,CUBRE A LA DENTINA CONSTITUYENDO ASÍ LOS LIMITES DE LA PORCIÓN RADICULAR DENTAREA,SUSITIO DE MAYOR ESPESOR ES EL ÁPICE Y AHI SE LOCALIZÁN LOS CEMENTOCITOS.ES UNA VARIEDAD DE TEJIDO CONECTIVO ESPECIALIZADO--

EN EL SOPORTE, SU ORGANIZACIÓN NO PRESENTA ELEMENTOS VASCULARES SANGUINEOS. EXISTEN DOS TIPOS DE CEMENTOS:

1.-ACELULAR.-ESTÁ ORIENTADO HACIA EL CUELLO DENTARIO Y ES MÁS DELGADO.

2.-CELULAR.-SE ENCUENTRA EN LA PORCIÓN APICAL CONTINUÁNDOSE -- CON EL CEMENTO ACELULAR.

EL CEMENTO ES UN TEJIDO DE PRODUCCIÓN CONTINUA CUYO CRECIMIENTO MANTIENE EL TAMAÑO DE LA RAÍZ, PARA ASEGURAR SU CORRECTA FIJACIÓN AL ALVEOLO OSEO. EN EL CEMENTO SE INSERTAN LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, LO MISMO QUE EN EL HUESO ALVEOLAR, SU COMPOSICIÓN ES DE 45% INORGANICO Y 55% ORGANICO, LA DENTINA ESTA PROVEIDA DE SENSIBILIDAD.

D).-PULPA DENTARIA.-ES UN TEJIDO NO MINERALIZADO, SE ORIGINA A PARTIR DE LA PAPILA DENTARIA Y DE AQUI SE DIFERENCIAN LOS ODONTOBLASTOS, SU COMPONENTE PRINCIPAL ES MESENQUIMATOSO. LA PULPA ES UNA VARIEDAD DE TEJIDO CONECTIVO O CONJUNTIVO, SU COMPOSICIÓN QUIMICA ES 25% DE MATERIA ORGANICA Y 75% DE AGUA. LA PULPA EN SU PORCIÓN CORONARIA SE LLAMA PULPA CAMERAL Y A LA CAVIDAD QUE LA ALOJA SE DENOMINA CAMARA PULPAR, ATRAVEZ DE ESTA SE NUTRE Y LE PROPORCIONA SENSIBILIDAD Y DEFENSA, SE COMUNICA AL EXTERIOR ATRAVEZ DEL FORAMEN APICAL.

III.-DEFINICION DE TRAUMATISMO Y FRACTURA.

TRAUMATISMO.-CONJUNTO DE MANIFESTACIONES LOCALES O GENERALES PROVOCADAS POR UNA ACCIÓN VIOLENTA EXTERNA SOBRE EL ORGANISMO.

FRACTURA.-FALTA DE SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD DE EL TEJIDO-
OSEO.

IV.-TRAUMATISMO DE TEJIDOS BLANDOS.

HERIDAS DE TEJIDOS BLANDOS DE LA CARA.LOS TRAUMATISMOS -
DE LA CARA PRODUCEN VARIAS LESIONES,QUE PUEDEN SER SENCILLAS -
Y ESTAR LIMITADAS A LOS TEJIDOS BLANDOS O BIÉN COMPLEJOS Y ATA
CAR AL HUESO.

CLASIFICACION DE LAS HERIDAS:

HAY VARIOS TIPOS DE HERIDAS,DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y SE-
CLASIFICAN POR LOS PROBLEMAS TERAPÉUTICOS INDIVIDUALES:

- 1.-CONTUSION.-ES UN TRAUMATISMO QUE GENERALMENTE SE PRODUCE,--
POR EL IMPACTO DE UN OBJETO NO CORTANTE SIN PERDER CONTINUIDAD
EN LA PIEL,AFECTA LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTÁNEO,SUELE PROVO--
CAR HEMORRAGÍA SUBCUTANEA.LA EQUIMOSIS SUELE APARECER APROXIMA
DAMENTE A LAS 48 HRS.
- 2.-ABRACION.-ES UNA HERIDA PRODUCIDA POR EL RASPADO DE LA PIEL,
QUE RESULTA DE LA FRICCIÓN,PRESENTANDO ASPECTO SANGRANTE.
- 3.-LACERACION.-ES UNA HERIDA PRODUCIDA POR EL ARRANCAMIENTO.ES
LA HERIDA DE TEJIDO BLANDO,ES PRODUCIDA POR UN OBJETO PUNTIAGU
DO DE METAL O DE VIDRIO,PUEDEN SER PROFUNDA O SUPERFICIAL Y PUE

DE AFECTAR LOS VASOS Y NERVIOS SUBYACENTES.

4.-HERIDAS PENETRANTES.-GENERALMENTE SON PRODUCIDAS POR OBJETOS PUNZANTES COMO CUCHILLOS, PICAHELO, CLAVOS U OTROS SIMILARES. SON PROFUNDAS Y AFECTAN TEJIDOS COMO LA BOCA, NARÍZ O SENOMAXILAR.

5.-HERIDAS DE GUERRA Y POR ARMA DE FUEGO.-SON HERIDAS PENETRANTES, DEBIDO A SU EXTENSIÓN Y LOS PROBLEMAS ESPECIALIZADOS QUE PLANTEA SU CURACIÓN, SE CLASIFICAN APARTE.

6.-QUEMADURAS.-ATACAN CON FRECUENCIA A LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CARA, CAUSADAS POR EL FUEGO, CON LLAMAS, LIQUIDOS CALIENTES, METALES CALIENTES, VAPOR, ÁCIDOS, ALCALI, RAYOS ROENTGEN, ELECTRICIDAD, LUZ SOLAR, LUZ ULTRAVIOLETA Y GASES IRRITANTES.

LAS QUEMADURAS SE CLASIFICAN EN:

- A).-PRIMER GRADO. CUANDO SOLAMENTE PRODUCEN ERITEMA.
- B).-SEGUNDO GRADO. CUANDO PRESENTAN ERITEMA Y ADEMAS FORMACIÓN DE VESICULAS.
- C).-TERCER GRADO. CUANDO HAY DESTRUCCIÓN COMPLETA DE LA EPIDERMIS Y DE LA DERMIS Y SE EXTIENDE MÁS ALLÁ DEL TEJIDO SUBCUTANEO.

HERIDAS INTRABUCALES.

DEBIDO A LA POSICIÓN AISLADA DE LA CAVIDAD BUCAL Y LA PROTECCIÓN QUE RECIBE POR LOS LABIOS Y CARRILLOS, LAS HERIDAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS INTRABUCALES SON REALMENTE RARAS.

CUALQUIER TIPO DE HERIDA PUEDE PRESENTARSE EN LA CAVIDAD-

BUCAL, LOS GOLPES DIRECTOS A LA MUCOSA BUCAL SON CASI IMPOSIBLES DE MANERA QUE LAS CONTUSIONES PRIMARIAS OCURREN RARA VEZ. LAS - CONTUSIONES SECUNDARIAS DE LA MUCOSA BUCAL, SON FRECUENTES Y FORMAN PARTE DE LAS CONTUSIONES EXTENSAS QUE AFECTAN LOS LABIOS Y LOS CARRILLOS, LA MUCOSA SE EDEMATIZA YA QUE LA SANGRE INVADIR EL TEJIDO SUBMUCOSO Y TODA LA REGIÓN ADQUIERE UN TONO MORADO, NO REQUIERE TRATAMIENTO Y VUELVE A LA NORMALIDAD APROXIMADAMENTE EN 10 DÍAS.

LAS ABRASIONES SON COMÚNES EN LA CAVIDAD BUCAL, SON EL RESULTADO DE CUALQUIER TRAUMATISMO CON EFECTO FRACCIONAL EN LA MUCOSA, POR LO REGULAR SON PRODUCIDAS POR IRRITACIÓN DE UNA PROTESIS, UN DIENTE EN MAL POSICIÓN O UNA OBTURACIÓN NO PULIDA, TAMBIEN SON CAUSADAS POR LOS QUE TIENEN EL HABITO DE MORDERSE EL LABIO O EL CARRILLO Ó POR MORDIDAS ACCIDENTALES.

LAS LACERACIONES SON FRECUENTES EN LOS TRAUMATISMOS DE LA CARA, ESPECIALMENTE EN LAS LACERACIONES DEL LABIO. YA QUE EL TRAUMA EXTERNO EMPUJA EL LABIO CONTRA LOS BORDES INCISALES DE LOS DIENTES ANTERIORES .

LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL MANEJO INCORRECTO DE LAS FREAS Ó DISCOS, DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES O EL USO INCORRECTO DE INSTRUMENTOS DE ORTODONCIA.

LA HEMORRAGIA SE PUEDE CONTROLAR POR PRESIÓN, PERO EN OCASIONES ES NECESARIO LIGAR LOS VASOS SANGRANTES MAYORES O LOS PUNTOS DE HEMORRAGIA ACTIVA.

SON EXCEPCIONALES LAS HERIDAS PROFUNDAS DE LA LENGUA, LABIO O PISO DE BOCA, QUE JUSTIFIQUE LA SUTURA POR CAPAS.

EL MUCOPERIOSTIO SEPARADO DEL HUESO DEBE COLOCARSE Y SUTURARSE CUANTO ANTES.

OTRO TIPO DE LACERACIÓN ES EL QUE RESULTA DEL ARRANCAMIENTO DE LA MUCOSA PALATINA, SECUNDARIO A LOS TRAUMATISMOS DE LOS MAXILARES SUPERIORES QUE INCLUYE FRACTURAS VERTICALES DEL PALADAR OSEO, ESTOS FRAGMENTOS GENERALMENTE SE DESPLAZAN LATERALMENTE Y PUEDEN DAR COMO RESULTADO, UN ROMPIMIENTO DE LA MUCOSA CON COMUNICACIÓN A LA FOSA NASAL. SI ESTA COMUNICACIÓN NO SE SUTURA PUEDE DAR ORIGEN A UNA FÍSTULA BUCONASAL.

LAS HERIDAS INTRABUCALES POR PUNCIÓN GENERALMENTE RESULTAN DE CAÍDAS O ACCIDENTES MIENTRAS SE TIENE EN LA BOCA UN OBJETO PUNTIAGUDO.

ESTE TIPO DE LESIONES SON COMUNES EN NIÑOS QUE CORREN Y JUEGAN CON PALITOS DE DULCE U OTROS OBJETOS SIMILARES EN LA BOCA, LA HERIDA RESULTA CUANDO EL OBJETO CORTANTE PENETRA CON FUERZA EN LOS TEJIDOS BLANDOS.

CUANDO AFECTA AL PALADAR BLANDO PRODUCE UNA HERIDA DE TIPO PERFORANTE, LO MISMO OCURRE EN EL CARRILLO, LENGUA, PISO DE LA BOCA Ó PALADAR, EN LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ELEVADOR DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA EXODONCIA.

ESTE TIPO DE HERIDAS RARA VEZ SANGRAN PROFUSAMENTE, Y POR LO GENERAL LOS TEJIDOS SE COLAPSAN Y CIERRAN LA HERIDA CUANDO SE QUITA EL OBJETO QUE LA HA CAUSADO. LAS PERFORACIONES DEL PALADAR BLANDO SE ELIMINAN POR LA CONTRACTURA DE LOS MUSCULOS ALREDEDOR DE LA PERFORACIÓN.

LO INDICADO EN ESTE TIPO DE LESIONES, ES EL EXAMEN DE LA

HERIDA PARA ASEGURARSE QUE NO QUEDO EN ELLA UNA PARTE DEL OBJETO PERFORANTE, LA SUTURA NO ES NECESARIA, ESTA CONTRAINDICADA YA QUE LAS HERIDAS DEBEN SANAR POR GRANULACIÓN, PERO SI EXISTEN LACERACIONES DEBEN SER SUTURADAS.

QUEMADURAS. - LA MAYORIA DE QUEMADURAS EN LA CAVIDAD BUCAL SON MENORES Y SIMULAN QUEMADURAS DE PRIMERO O SEGUNDO GRADO. SON CAUSADAS CON FRECUENCIA POR INSTRUMENTOS CALIENTES Ó POR LOS FÁRMACOS UTILIZADOS DURANTE TRATAMIENTOS DENTALES, QUE ENTRAN EN CONTACTO ACCIDENTAL CON LA MUCOSA. SE ESFACELA PRONTO, DEJANDO UNA SUPERFICIE CRUENTA, LA CUAL ES SUMAMENTE DOLOROSA.

TRATAMIENTO. - CUANDO LA SUPERFICIE QUEMADA ES PEQUEÑA SE SECA Y CUBRE CON TINTURA DE BENJUI, SI SE AFECTA UNA ZONA GRANDE DE MUCOSA BUCAL SE DEBE APLICAR UNA SOLUCIÓN ANESTESICA TÓPICA COMO LA LIDOCAÍNA VISCOSA O UNA SOLUCIÓN AL 0.25% DE TETRACAÍNA (PANTOCAÍNA) EN LA REGIÓN AFECTADA. SE DEBE PRESCRIBIR UNA DIETA BLANDA NO IRRITANTE, YA QUE CUALQUIER ALIMENTO ÁCIDO O AGRIO PUEDE AUMENTAR EL DOLOR. SE DEBE PREVENIR LA INFECCIÓN SECUNDARIA.

LA QUEMADURA DE ESTE TIPO SANA APROXIMADAMENTE EN 10 DÍAS SIN DEJAR CICATRIZ.

LAS QUEMADURAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS, POR FOGONAZO O LLAMARADA TAMBIÉN PUEDE LESIONAR LA CAVIDAD BUCAL, Y EL EDEMA DE LA MUCOSA PUEDE ORIGINAR UNA OBTURACIÓN DE LAS VIAS AEREAS. EN ESTOS CASOS SE DEBE HACER UNA TRAQUEOTOMÍA. LA QUEMADURA BUCAL GENERALMENTE ES SUPERFICIAL Y EL TRATAMIENTO DEBE POSPONERSE HASTA QUE EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE SE HA ESTABILIZADO.

LAS QUEMADURAS CAUSADAS POR EL CONTACTO ACCIDENTAL CON ÁCIDOS Y ÁLCALIS FUERTES PUEDEN SER GRAVES. POR LO GENERAL ESTAS - SUBSTANCIAS SON DEGLUTIDAS EN VEZ DE SER RETENIDAS EN LA BOCA Y EL DAÑO AL ESÓFAGO Y AL ESTOMAGO ES MÁS FRECUENTE Y PELIGROSO - QUE EL DE LA CAVIDAD BUCAL. CUANDO LA SUBSTANCIA HA SIDO RETENIDA EN LA BOCA BASTANTE TIEMPO, LAS QUEMADURAS DE TODO EL GROSOR DE LA MUCOSA SE ASEMEJAN A QUEMADURAS DE TERCER GRADO DE LA PIEL, SE PRODUCE UNA NECROSIS PROFUNDA DEL TEJIDO CON FORMACIÓN - DE ESFACELADO EN 10 A 14 DÍAS, DEJANDO UN TEJIDO ROJO DE GRANULACIÓN, PUESTO QUE ESTAS SANAN POR GRANULACIÓN CON GRAN CONTRACTURA Y CICATRIZ.

LAS QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD.- ESTE TIPO DE QUEMADURAS ES MUY FRECUENTE EN NIÑOS QUE MASTICAN EL ALAMBRE CONDUCTOR DE LA ELECTRICIDAD HASTA QUE SE ESTABLECE UN CORTO CIRCUITO.

LAS QUEMADURAS POR LLAMARADAS OCURREN AL HACERSE LA CONEXIÓN DE LA ELECTRICIDAD, A SU VEZ CAUSA QUEMADURA PROFUNDA EN - LOS TEJIDOS CUANDO LOS ATRAVIEZA. LA LESIÓN VA DESDE ERITEMA HACIA LA DESTRUCCIÓN REAL DE LOS TEJIDOS. EN LA QUEMADURA GRAVE LA RESPUESTA GENERAL ES TAMBIÉN INTENSA E INMEDIATA, Y DEBE SER TRATADA VIGOROSAMENTE PARA QUE EL PACIENTE NO LLEGUE A UN ESTADO - CRÍTICO IRREMEDIABLE.

TRATAMIENTO.- LAS HERIDAS SUPERFICIALES SANAN ESPONTÁNEAMENTE SIN INCIDENTES, LAS QUEMADURAS MÁS PROFUNDAS SANAN POR GRANULACIÓN, CON DISTORSIÓN INTENSA DE LOS TEJIDOS, QUE GENERALMENTE REQUIEREN UN TRATAMIENTO SECUNDARIO PARA SU CORRECCIÓN.

EN TODOS LOS CASOS ES ESENCIAL EL CONTROL DE LA INFECCIÓN.

V.- TRAUMATISMO DE TEJIDO OSEO.

FRACTURAS.- SE CLASIFICAN EN:

- A).- TRAUMATOLOGÍA FACIAL. ABARCA TERCIO MEDIO DE LA CARA Y MAXILARES.
- B).- FRACTURA MANDIBULAR.

CLASIFICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE CIRUGÍA.

- 1.- DE ACUERDO A SU TOMOGRAFÍA.
- 2.- DE ACUERDO AL NÚMERO DE TRAZOS.
- 3.- POR SU ETIOLOGÍA.
- 4.- DE ACUERDO A SU AMPLITUD.
- 5.- DE ACUERDO A SU DIRECCIÓN.
- 6.- DE ACUERDO A SU MECANISMO DE ACCIÓN.

LA ETIOLOGÍA DE LAS FRACTURAS ES;

- A).- TRAUMATICOS.
- B).- PATOLOGICOS.
- C).- QUIRURGICOS.

ENCONTRAMOS DOS TIPOS DE PACIENTES.

- 1.- EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.- ES CUANDO EL INDIVIDUO RECI-

DE DIFERENTES TRAUMATISMOS DENTRO DEL ORGANISMO CON VARIOS OBJETOS, EL ESTADO GENERAL SE ENCUENTRA AFECTADO, SE DEBE VERIFICAR QUE EL PACIENTE TENGA SIGNOS VITALES.

2.- EL PACIENTE POLILESIONADO.- EL INDIVIDUO RECIBE DIFERENTES TRAUMATISMOS CON EL MISMO OBJETO. SU TRATAMIENTO ES INMEDIATO.

FRACTURAS MANDIBULARES.

SE CLASIFICAN EN ;

- 1.- FRACTURA PARAMEDIAL.
- 2.- FRACTURA PARASINFISIARIA.

SINTOMATOLOGIA.

- A).- ASIMETRIA FACIAL.
- B).- EDEMA.
- C).- DOLOR.
- D).- ZONA DE EQUIMOSIS.

TRATAMIENTO.

EN PRIMER TERMINO SE DEBE REDUCIR LA FRACTURA, COACTACIÓN Y FIJACIÓN DE LA FRACTURA.

FRACTURAS DEL TERCIO MEDIO DE LA CARA.

SE CLASIFICAN EN :

- 1.- LEFOR I.- ES EN FORMA HORIZONTAL POR ARRIBA DEL PROCESO ALVEOLAR O APICE DENTARIO, ES UNA FRACTURA QUE PUEDE SER UNI O BILATERAL.

SINTOMATOLOGIA:

- A).- EDEMA FACIAL.
- B).- ASIMETRIA FACIAL.
- C).- DISARMONIA OCLUSAL.
- D).- DOLOR.
- E).- ZONA DE EQUIMOSIS EN EL FONDO DE SACO VESTIBULAR.

TRATAMIENTO:

REDUCCIÓN, COACTACIÓN Y FIJACIÓN DE LA FRACTURA. SE FERULIZA INTERDENTOMAXILAR, SE COLOCA UN ALAMBRE CIRCUNFERENCIAL A FOSAS NAALES.

2.- LEFOR II.- ESTE TIPO DE FRACTURA ES EN FORMA PIRAMIDAL, QUE ABARCA PROCESO ALVEOLAR, CUERPO MAXILAR, APOFISIS ASCENDENTE DEL MAXILAR HASTA LLEGAR A SUTURA FRONTONASAL, ABARCA EL PISO ORBITARIO.

SINTOMATOLOGIA:

- A).- EDEMA FACIAL.
- B).- ASIMETRIA FACIAL.
- C).- DOLOR.
- D).- DISARMONIA OCLUSAL.
- E).- PARESTESIA DE LA MEJILLA DEL SURCO NASOGENIANO Y EL LABIO SUPERIOR.

HAY HEMOSENO, ESTO SE PUEDE OBSERVAR POR MEDIO DE UNA RADIOGRAFIA DE BATTERS, EXISTE DIPLOPIA, PUEDE HABER EPISTAXIS NASAL O RINORREA NASAL PUEDE SER DE MOCO O LIQUIDO CEFALORRAQUI - DEO.

TRATAMIENTO:

REDUCCIÓN, COACTACIÓN Y FIJACIÓN DE LA FRACTURA. SI ES NECE

SARIO EFECTUAR LA OSTEOSINTESIS CORRESPONDIENTE, LEVANTAR EL -- GLOBO OCULAR, SE COLOCAN FERULAS DENTOMAXILARES Y ALAMBRADOS -- CIRCUNFERENCIALES.

3.-LEFOR III.-ES UNA DISYUNCIÓN CRANEO-FACIAL ESTAN INVOLUCRADAS LAS SUTURAS FRONTO-MALAR, FRONTO-NASAL, PISO ORBITARIO Y MUCHOS TRAZOS DE FRACTURA POR TODOS LADOS.

SINTOMATOLOGIA:

LA MISMA QUE LA LEFOR II, ADEMÁS EXISTE CARA DE PLATO, PER FIL CONCAVO, RINORREA CON SALIDA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO.

TRATAMIENTO:

MANTENER VIAS AEREAS PERMEABLES, QUITAR CUALQUIER OBJETO DE LA CAVIDAD BUCAL. CONTROLAR LA HEMORRAGIA Y TRATAR EL SHOCK, EL TRATAMIENTO ABARCA TODO EL QUE SE DA EN LA LEFOR II.

SE DEBE CONSIDERAR DE SUMA IMPORTANCIA QUE A LOS NIÑOS -- NO SE LES DEBE SOMETER A INTERVENCIONES QUIRURGICAS OSEAS, PORQUE SE PUEDE ALTERAR EL CENTRO DE CRECIMIENTO, YA SEA QUE SE -- ACELERE O SE INHIBA SU DESARROLLO.

SOLAMENTE EN CASOS MUY EXTREMOS SE SOMETERA A CIRUGIA.

PARA LA FIJACIÓN DE LAS FERULAS SE DEBEN UTILIZAR LOS DIENTES PERMANENTES QUE EXISTEN.

VI.-TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES Y DE LA APOFISIS ALVEOLAR.

SON SUMAMENTE FRECUENTES DURANTE LA NIÑEZ Y LA PUBERTAD-- CON MAYOR FRECUENCIA SE OBSERVA DE LOS 7 A LOS 11 AÑOS DE EDAD.

EN ESTE PERIODO DE DESARROLLO DE LOS DIENTES ANTERIORES, LAS CORONAS SON ESPECIALMENTE VULNERABLES DEBIDO A LAS CAMARAS PULPARES GRANDES.

ESTOS DIENTES FRECUENTEMENTE HACEN ERUPCIÓN EN POSICIONES PROMINENTES AISLADOS EN LA ARCADEA, Y SON EXPUESTOS INEVITABLEMENTE A LOS ACCIDENTES.

VALORACION CLINICA DE TRAUMATISMO.

LOS ACCIDENTES QUE PRODUCEN TRAUMATISMO DE LOS DIENTES, MUCHAS VECES VAN ACOMPAÑADOS DE HEMORRAGÍA, TUMEFACCIÓN Y LACERACIÓN DE LOS TEJIDOS.

PARA LLEVAR A CABO EL EXAMEN CLÍNICO, ES NECESARIO EXAMINAR CUIDADOSAMENTE LOS DIENTES Y LA APÓFISIS ALVEOLAR, CON UN ESPEJO Y CON LA PALPACIÓN. LA EXTENSIÓN DE ESTOS ACCIDENTES DENTALES PUEDE VALORARSE:

PRIMERO, DEBE CLASIFICARSE EL TRAUMATISMO DENTAL.

CLASIFICACION DE TRUMATISMOS DENTARIOS EN ODONTOPEDIATRIA.

SE CLASIFICAN EN NÚMERO DE 8 DE ACUERDO A LA REGIÓN QUE AFECTAN.

- A).-PRIMERA CLASE.-ES UNA FRACTURA SENCILLA DE LA CORONA, LA DENTINA NO SE AFECTA Y SI LLEGARA A AFECTARSE ES MUY POCO.
- B).-SEGUNDA CLASE.-ES UNA FRACTURA EXTENSA DE LA CORONA, AFECTA UNA CONSIDERABLE CANTIDAD DE DENTINA, SIN EXPOSICIÓN DE LA PULPA DENTAL.
- C).-TERCERA CLASE.-ES UNA FRACTURA EXTENSA DE LA CORONA, ABARCANDO GRAN CANTIDAD DE DENTINA, CON EXPOSICIÓN PULPAR.
- D).-CUARTA CLASE.-ES CUANDO EL ORGANNO DENTARIO PRESENTA PERDI-

DA DE VITALIDAD Y ESTO PUEDE OCURRIR CON Ó SIN PERDIDA DE LA--
ESTRUCTURA CORONARIA.

E).-QUINTA CLASE.-ES CUANDO SE PRESENTA LA PERDIDA DE LA ESTRU-
CTURA DENTARIA.

F).-SEXTA CLASE.-EL ORGANO DENTARIO PRESENTA FRACTURA RADICU--
LAR Y ESTA PUEDE EXISTIR CON LA PERDIDA DE LA CORONA DENTARIA--
Ó NO.

G).-SEPTIMA CLASE.-EL DIENTE PRESENTA DESPLAZAMIENTO,SIN FRACT-
TURA DE CORONA Ó RAÍZ.

H).-OCTAVA CLASE.-PRESENTA FRACTURA DE LA CORONA EN MASA Y SU-
REEMPLAZO.

EXISTE OTRA CLASIFICACIÓN DE TRAUMATISMO DENTARIO Y ES UN
POCO MÁS SENCILLA.

FRACTURA DE CLASE I.-ES FRACTURA SÓLO DEL ESMALTE DE LA CORONA
DENTARIA.

FRACTURA DE CLASE II.-ES EL TRAUMATISMO QUE SE EXTIENDE A LA -
DENTINA SIN EXPOSICIÓN DE LA PULPA.

FRACTURA DE CLASE III.-ES EL TRAUMATISMO EXTENSO DE LA CORONA
DEL DIENTE CON EXPOSICIÓN DE LA PULPA.

FRACTURA DE CLASE IV.-FRACTURA QUE SE PRESENTA EN LA UNIÓN DE-
CEMENTO Y ESMALTE DEL DIENTE O POR DEBAJO DE ELLA.

EN SEGUNDO TERMINO,UNO DEBE DETERMINAR CLÍNICAMENTE SI -
EL DIENTE HA SIDO SOLAMENTE AFLOJADO,Ó COMPLETAMENTE DESPLAZA-
DO DEL ALVEOLO O SI HA SIDO INTRODUCIDO EN LOS TEJIDOS DE SOPOR-
TE.ÁSÍ EL DIENTE TRAUMATIZADO PUEDE CLASIFICARSE COMO LUXADO,-
ARRANCADO Ó IMPACTADO.

FINALMENTE, POR MANIPILACIÓN DIGITAL UNO DEBE VALORAR --- CUALQUIER SOSPECHA DE FRACTURA ALVEOLAR. FRECUENTEMENTE DURANTE ESTE PROCEDIMIENTO LOS DESPLAZAMIENTOS MENORES DE LA APÓFISIS - ALVEOLAR Y HASTA PEQUEÑOS DESPLAZAMIENTOS DE LOS DIENTES, PUEDEN IDENTIFICARSE Y REDUCIRSE DE INMEDIATO.

COMO LA MAYORIA DE ESTOS PACIENTES TIENEN UNA DENTICIÓN - MIXTA ES MÁS IMPORTANTE TODAVIA QUE LA BOCA SEA REGISTRADA EN - LA FICHA DENTAL, Y ESTA INFORMACIÓN SE TENGA A MANO PARA AYUDAR - A LA INTERPRETACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS Y PLANIFICAR EL TRATA-- MIENTO NECESARIO.

VALORACION RADIOGRAFICA.

SE NECESITAN GENERALMENTE RADIOGRAFIAS DE VARIOS ÁNGULOS PARA OBSERVAR LAS POSIBLES FRACTURAS.

INTRABUCALMENTE.-SE NECESITAN PERIAPICALES Y OCLUSALES.

EXTRABUCALMENTE.-SE NECESITAN LATERALES Y POSTERO- ANTE-- RIORES DE CRANEO.

LAS RADIOGRAFÍAS SATISFACTORIAS AYUDAN A COMPROBAR LA -- IMPRESIÓN CLÍNICA , Y MUCHAS VECES NOS DARAN DATOS ADICIONALES-- QUE NO OBTENEMOS POR MEDIO DEL EXAMEN CLINICO. ES NECESARIO ES-- TUDIAR RADIOGRAFICAMENTE LA ODONTOGENIA DE LOS EXTREMOS APICA-- LES DE LOS DIENTES TRUMATIZADOS, SI LAS RADIOGRAFÍAS DEMUESTRAN UN CONDUCTO RADICULAR AMPLIO Y A MANERA DE EMBUDO CON ÁPICE --- SIN DESARROLLO COMPLETO, ES LÓGICO SUPONER QUE EL APORTE SANGUI-- NEO AL TEJIDO EMBRIONARIO DEL ÁPICE EN EVOLUCIÓN AYUDARA A LA -

REPARACIÓN MÁS RAPIDA, QUE SI EL CONDUCTO RADICULAR Y EL ÁPICE-
ESTAN COMPLETAMENTE DESARROLLADOS.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

CUANDO SE HAN LLEVADO A CABO LOS EXÁMENES CLINICOS Y RA -
DIOGRAFICOS SE DEBE TENER LA SUFICIENTE INFORMACIÓN PARA HACER
EL DIAGNÓSTICO. EN ESTE MOMENTO SE DEBE DECIDIR SI EL DIENTE -
TRAUMATIZADO HA DE SER TRATADO COMO UN DIENTE VITAL Ó NO VITAL
ESTA DESICIÓN DEBE BASARSE EN LO SIGUIENTE.

- 1.- ESTADO DE DESARROLLO DEL ÁPICE RADICULAR DEL DIENTE.
- 2.- EXTENSIÓN DEL TRAUMATISMO DEL DIENTE EN SÍ.
- 3.- ESTADO DEL ALVEOLO DE SOPORTE.

SI EL DIENTE TRAUMATIZADO NO SE HA DESARROLLADO COMPLETA -
MENTE Y TIENE UN ÁPICE INMADURO, Y EL TRAUMATISMO A LA CORONA -
NO AFECTA LA PULPA, Y LA FRACTURA ALVEOLAR SE MANTIENE ESPONTÁ -
NEAMENTE EN REDUCCIÓN Ó PUEDE SER FACILMENTE RETENIDA POR LA -
FÉRULA, ENTONCES EL DIENTE TRAUMATIZADO SE DEBE TRATAR COMO UN -
DIENTE VITAL.

LOS DIENTES COMPLETAMENTE DESARROLLADOS CON ÁPICES MADU -
ROS PRESENTAN UN PROBLEMA DE DIAGNOSTICO MÁS DIFÍCIL. SI UN DI -
ENTE COMPLETAMENTE DESARROLLADO HA SIDO AFLOJADO, PERO NO ARRAN -
CADO NI IMPACTADO, DEBE CONSIDERARSE COMO UN DIENTE VITAL SI NO
HAY FRACTURA CORONARIA MÁS GRAVE QUE LA CLASE I Ó II. SI EL TRA -
TAMIENTO DEL DIENTE TRAUMATIZADO COMO UN DIENTE VITAL, NO TIENE
EXITO Ó PARECE QUE ESTA CONTRAINDICADO AL ELABORAR EL EXAMEN -
CLINICO Y RADIOGRAFICO, SERA NECESARIO TRATARLO COMO UN DIENTE-

NO VITAL Y SE PUEDE FORMULAR EL TRATAMIENTO A SEGUIR DEL CONDUCTO RADICULAR.

LA FÉRULA GENERALMENTE ES NECESARIA PARA RETENER TODOS LOS DIENTES DESPLAZADOS, EN UNA POSICIÓN CORRECTA EN LA ARCADA HASTA QUE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE HAN SANADO LO SUFICIENTE PARA RETENERLOS.

EL FACTOR DEL TIEMPO EN EL PERIODO DE CURACIÓN SE VALORA MEJOR, PROBANDO DIRECTAMENTE CON LOS DEDOS LA MOVILIDAD DEL DIENTE EN CUESTIÓN.

EL PRINCIPIO BÁSICO A CONSIDERAR EN EL TRATAMIENTO DEL DIENTE MOVIL TRAUMATIZADO Ó DEL DIENTE VITAL DESPLAZADO, ES EL PRONOSTICO DE LA REPOSICIÓN DEL DIENTE. EL APORTE SANGUINEO DE LA PULPA DEBE RESTABLECERSE SI ES POSIBLE, SI EL APORTE SANGUINEO A LA PULPA ESTÁ PERDIDO LA PULPA SE VOLVERA NECRÓTICA Ó GANGRENOSA, Y ESTO NECESITA SER DIAGNOSTICADO TEMPRANAMENTE --- PARA SU TRATAMIENTO TEMPRANO Y ADECUADO.

EN LOS DIENTES COMPLETAMENTE DESARROLLADOS EL CONDUCTO RADICULAR, RADIOGRAFICAMENTE SE OBSERVA ESTRECHO. ES IMPOSIBLE QUE ESTE TIPO DE DIENTES SI HAN SIDO DESPLAZADOS Ó IMPACTADOS, PUEBAN REVASCULARIZARSE HASTA SER DE NUEVO VITAL.

SI EL DIENTE PARECE NO ESTAR COMPLETAMENTE DESARROLLADO RADIOGRAFICAMENTE , O POR EL EXAMEN DIRECTO EL TEJIDO MESENGEIMATOSO ESTÁ PRESENTE E INTACTO EN EL ÁPICE AMPLIO, SE PUEDE REGRESAR EL DIENTE A SU POSICIÓN ORIGINAL Y RETENERLO POR MEDIO DE FÉRULAS HASTA QUE TRANSCURRA TIEMPO SUFICIENTE PARA SOMETER LO A PRUEBA.

LA COLORACIÓN CORONAL POR SI SOLA, ESPECIALMENTE EN LOS DIENTES QUE TIENEN UN ÁPICE INCOMPLETO, NO ES UNA INDICACIÓN -- PARA EL TRATAMIENTO CONDUCTORADICULAR EN FORMA INMEDIATA O PARA LA EXTRACCIÓN.

LA SANGRE ACUMULADA EXTRAVASADA DE LA PULPA, NORMALMENTE LIBERA HEMOGLOBINA QUE CAUSA COLORACIÓN DEL DIENTE, SI LA PULPA SE HA REVASCULARIZADO A TRAVÉS DE LOS TEJIDOS EMBRIONARIOS EN LA REGIÓN APICAL, EL DIENTE TRAUMATIZADO PUEDE RECUPERARSE Y -- CONSERVAR SU VITALIDAD.

EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DE CLASE I DE LA CORONA -- DEL DIENTE, SUELE SER NECESARIO REDUCIR LA IRREGULARIDAD A LO -- LARGO DE LA LÍNEA DE FRACTURA, CON DISCOS O PIEDRAS ABRASIVAS, -- ESTO TIENDE A EVITAR LAS IRRITACIONES DE LA LENGUA Y LOS LABI-- OS, Y HACE MINIMA LA OPORTUNIDAD DE QUE SE DESARROLLEN NUEVAS-- LÍNEAS DE FRACTURA A LO LARGO DE LOS BASTONES DE ESMALTE NO -- PROTEGIDO, ESTO SE PUEDE REALIZAR EN EL EXAMEN PRELIMINAR.

EN EL TRATAMIENTO DE OTRAS FRACTURAS CORONARIAS QUE SEAN DE CLASE I, EL PACIENTE REQUERIRÁ MÉTODOS ADICIONALES DE SOSTE-- NIMIENTO.

FERULAS.

LOS TRAUMATISMOS DE UN DIENTE, SIN DESPLAZAMIENTO NI FRA-- CTURA DEL ALVEOLO NO REQUIEREN FÉRULAS, SIN EMBARGO PARA ESTABI-- LIZAR UN DIENTE PUESTO DE NUEVO EN POSICIÓN CON Ó SIN FRACTURA DEL ALVEOLO, Y PARA PROTEGER EL COAGULO SANGUINEO EN EL ÁPICE-- Y ESTIMULAR LA REVASCULARIZACIÓN DEL DIENTE, ES NECESARIO USAR--

LA FÉRULA.

LAS MÁS UTILIZADAS PARA ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTOS SON - LAS BARRAS PARA ARCO DE ERICH O LAS FÉRULAS DE ESSIG. EL FIN PRIMARIO ES ESTABILIZAR EL Ó LOS DIENTES PUESTOS DE NUEVO EN POSICIÓN, PARA MINIMIZAR EL STRESS TRAUMÁTICO DEL COAGULO. EN OCA- SIONES ESTA INDICADA UNA BARRA PARA ARCO MÁS PESADA O UNA BARRA - SECCIONADA, SI HAY UNA FRACTURA IMPACTADA DEL ALVEOLO QUE REQUIE RE UNA TRACCIÓN ELÁSTICA LENTA, PARA ASEGURAR LA POSICIÓN FUN- CIONAL.

ANESTESIA.

EL TIPO DE ANESTESIA VA A SER DE ACUERDO A LAS NECESIDA - DES DEL PACIENTE Y AL TIPO DE TRATAMIENTO AL CUAL VA A SER SOME TIDO.

VII.- TRATAMIENTO DE FRACTURAS CORONARIAS.

FRACTURAS QUE AFECTAN SOLO EL ESMALTE. ESTAS PRESENTAN ASTI LLADOS DE LA PORCIÓN CENTRAL DEL BORDE INCISAL DE LA PIEZA Ó - FRACTURAS DEL ÁNGULO INCISO PROXIMAL, SE DEBE TENER PRESENTE SI - EL TRAUMATISMO AFECTA A LA PULPA Ó NO, EN CASO DE NO EXISTIR LE - SIÓN EN LA PULPA SE PROCEDE A CUBRIR EL BORDE FRACTURADO CON AL GÚN ADHESIVO COMERCIAL, PARA PROTEGER LA PULPA CONTRA MAYORES - IRRITACIONES.

EN FRACTURAS DONDE SE PIERDE UN MÍNIMO DE SUBSTANCIA DEN - TAL, SE OBTIENE UN BUEN EFECTO ESTÉTICO REMODELANDO EL BORDE IN - CISAL CON UN DISCO DE DIAMANTE, EN CUYO CASO NO SERIA NECESARIO RESTAURAR.

EL REBAJAR EL BORDE INCISIVO, DEBERA SIEMPRE EMPEZARSE -- CUANDO EXISTA LA SEGURIDAD DE QUE LA PULPA SE RECUPERÓ O NO SE AFECTO DEL IMPACTO DE LA LESIÓN.

FRACTURAS QUE AFECTAN A ESMALTE Y DENTINA SIN PRESENCIA- DE EXPOSICION PULPAR. ESTAS PUEDEN SER HORIZONTALES AFECTANDO A LA SUPERFICIE INCISIVA COMPLETA, O PUEDEN SER DIAGONALES, EN CUYO CASO SE PUEDE PERDER UNA GRAN PORCIÓN DEL ÁNGULO INCISIVO-- PROXIMAL.

SE DEBE COLOCAR UN PROTECTOR PARA LA PULPA Y ASÍ EVITAR- QUE EXISTAN MÁS ESTIMULOS TÉRMICOS, BACTERIANOS Y QUÍMICOS, Y -- PARA ACELERAR LA FORMACIÓN DE UNA CAPA DE DENTINA SECUNDARIA-- EN EL ÁREA FRACTURADA. SE APLICA SOBRE LA DENTINA UNA CAPA DE - HIDROXIDO DE CALCIO DE FIJACIÓN DURA (DYCAL), QUE NO SE DESPLA- CE HACIA LA PULPA AL ASENTAR LA RESTAURACIÓN TEMPORAL EN CASO- DE EXISTIR EXPOSICIONES DIMINUTAS, SE PUEDE EMPLEAR UN ADHESIVO COMERCIAL, UNA BANDA ORTODÓNTICA, UNA FORMA DE CORONA DE CELULO₁ DE OBTURADA CON MATERIAL RESTAURATIVO DE RESINA COMPUESTA, O -- UNA CORONA DE ACERO INOXIDABLE.

SELLADO ADHESIVO.- DESPUES DE RECUBRIR LA DENTINA CON UNA CAPA DE HIDROXIDO DE CALCIO, SE PUEDE SELLAR EL LUGAR DE LA --- FRACTURA CON UN ADHESIVO COMERCIAL.

BANDA ORTODONTICA.- PARA RETENER LA PREPARACIÓN DE HIDRO- XIDO DE CALCIO, PUEDE UTILIZARSE BANDAS ORTODONTICAS PREFORMA-- DAS O BANDAS HECHAS A LA MEDIDA, SE PUEDE COLOCAR UNA BANDA HE- CHA A LA MEDIDA, SE ADAPTA A LAS PIEZAS CON PRESIÓN MANUAL, UNA- BANDA DE ACERO INOXIDABLE DE APROXIMADAMENTE 1 1/4 PULGADA DE-

LARGO, COLOCANDO LINGUALMENTE LOS BORDES LIBRES, LAS DOS EXTREMIDADES DE LA BANDA SE ACERCAN ENTRE SI EN LINGUAL ACANALÁNDOLAS CON PINZAS DE HOW SIN AFLOJAR LA PINZA, SE EXTRAE LA BANDA DE LA PIEZA, SE PUNTEA LA BANDA Y SE CORTA EL EXCESO DE MATERIAL HASTA EN 1 MM. DE LA BANDA.

SE VUELVE A CENTRAR LA BANDA EN LA PIEZA Y EL SOBRENTE DE 1 MM. SE DOBLA CONTRA LA BANDA Y SE BRUÑE, SE EXTRAE LA BANDA DE LA PIEZA Y EL EXCEDENTE BRUÑIDO, SE PUNTEA Y POSTERIORMENTE SE CONTORNEA LA BANDA UTILIZANDO PINZAS NÚMERO 137, SE VUELVE A ASENTAR CON UN APLICADOR DE BANDA Y SE COMPRUEBA SU OCLUSIÓN Y RETENCIÓN. SE LIJA LIGERAMENTE LA PIEZA, SE CEMENTA LA BANDA CON UN CEMENTO COMERCIAL DE OXIDO DE ZINC-EUGENOL Y ÁCIDO ETÓXICO--BENZOICO, LA BANDA RODEA EL LUGAR DE LA FRACTURA, Y EL CEMENTO CUBRE Y PROTEGE LA CAPA DE HIDROXIDO DE CALCIO.

ESTE TIPO DE TRATAMIENTO TIENE LA DESVENTAJA DE SER ANTIESTETICO PRINCIPALMENTE SI SE USA EN DIENTES ANTERO-SUPERIORES.

CORONAS DE CELULOIDE. -SE SELECCIONA UNA CORONA DE TAMAÑO ADECUADO UTILIZANDO COMO GUIA EL TAMAÑO Y FORMA DEL DIENTE CONTIGUO, SE RECORTA CUIDADOSAMENTE EL MARGEN GINGIVAL CON TIJERAS CURVAS, PARA AJUSTARSE APROXIMADAMENTE 1 MM. BAJO EL MARGEN GINGIVAL LIBRE, SE HACEN DOS ORIFICIOS EN EL TERCIO INCISIVO DE LA SUPERFICIE LINGUAL, PARA QUE SIRVA DE SALIDA A EXCESOS DE RESINA COMPUESTA O AIRE ATRAPADO. SE MEZCLA EL MATERIAL DE RESINA COMPUESTA SEGUN INDICACIONES DEL FABRICANTE Y SE VA APLICANDO A LA FORMA DE CORONA CON UN INSTRUMENTO DE PLÁSTICO, EN PEQUEÑAS CANTIDADES PARA EVITAR BOLSAS DE AIRE, SE ASIENTA SUAVE Y LENTAMENTE

TE LA FORMA DE CORONA Y EL CONTENIDO EN LA PIEZA, CUIDÁNDOSE DE EVITAR DESALOJAR EL HIDROXIDO DE CALCIO, QUE CUBRE LA DENTINA EXPUESTA Y DEJAR ESCAPAR EL AIRE.

SE MANTIENE LA CORONA EN SU LUGAR DE 3 A 5 MINUTOS HASTA QUE SE HAYA ASENTADO EL MATERIAL, CUANDO SE HAYA EFECTUADO LA POLIMERIZACIÓN SE RECORTAN LOS EXCESOS DE LA RESINA DE LOS ORIFICIOS LINGUALES Y DE LOS MARGENES CERVICALES, SE ELIMINA LA FORMA DE CORONA CORTANDO EL LADO LINGUAL Y SE EXTRAE LA FORMA DE CELULOSA, SE COMPRUEBA CUIDADOSAMENTE LA MORDIDA Y SE PULE SI ES NECESARIO.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLES. - ESTE TIPO DE CORONAS PUEDEN RECORTARSE, CONTORNEARSE Y ADAPTARSE FACILMENTE A PIEZAS ANTERIORES FRACTURADAS, GENERALMENTE NO REQUIERE PREPARACIÓN DE LA PIEZA EXCEPTO ELIMINACIÓN DE CONTACTOS PROXIMALES, Y EXTRACCIÓN DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE ESMALTE EN LAS ÁREAS INCISIVAS Y DEL CÍNGULO. EL MANEJO DE LA CORONA ES EL MISMO QUE CUANDO SE RESTAURA UNA PIEZA AFECTADA POR CARIES.

LA CORONA DE ACERO PROPORCIONA MAYOR RETENCIÓN Y PROTECCIÓN Y SI LA PREPARACIÓN DE LA PIEZA VA A SER MINIMA, SERA LA MEJOR RESTAURACIÓN TEMPORAL.

LAS RESTAURACIONES TEMPORALES DEBERAN PERMANECER UN MINIMO DE OCHO SEMANAS, YA QUE ES EL TIEMPO MINIMO PARA QUE LA PULPA SE NORMALICE, PASADO ESTE TIEMPO SE RETIRA LA RESTAURACIÓN TEMPORAL, YA SEA CORONA DE CELULOIDE, BANDA Ó CORONA DE ACERO INOXIDABLE Y SE HACEN PRUEBAS EN LA PULPA PARA COMPROBAR SU VITALIDAD. SI LA PIEZA PARECE SANAR CLINICAMENTE Y RADIOGRÁFICA --

MENTE, SE APLICA UNA RESTAURACIÓN INTERMEDIA O TEMPORAL-PERMANENTE. ÉSTA SERA CONSERVADA HASTA QUE EL NIÑO TENGA EDAD SUFICIENTE PARA RECIBIR UNA RESTAURACIÓN PERMANENTE.

VIII.- CONCLUSIONES.

LOS TRAUMATISMOS BUCODENTOMAXILARES SON UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE HEMOS OBSERVADO, COMO CAUSA DE PERDIDA - PREMATURA DE PIEZAS DENTALES Y MAL OCLUSIÓN, POR LO CUAL HEMOS DADO LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN:

DIFERENTES TRAUMATISMOS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CARA Y CAVIDAD BUCAL.

- A).- CONTUSION.
- B).- ABRASION.
- C).- LACERACION.
- D).- HERIDAS PENETRANTES
- E).- HERIDAS DE GUERRA Y POR ARMA DE FUEGO.
- F).- QUEMADURAS.

LOS TRAUMATISMOS DE TEJIDO OSEO SON:

- A).- TRAUMATOLOGIA FACIAL. (TERCIO MEDIO DE LA CARA Y MAXILARES).
- B).- FRACTURA MANDIBULAR.

TRAUMATISMO EN ORGANO DENTARIO.

- A).- PRIMERA CLASE.-FRACTURA SENCILLA DE LA CORONA, DENTINA NO AFECTADA O MUY POCO AFECTADA.
- B).- SEGUNDA CLASE.-FRACTURA EXTENSA DE LA CORONA AFECTANDO A CONSIDERABLE CANTIDAD DE DENTINA SIN EXPOSICION PULPAR.
- C).- TERCERA CLASE.-FRACTURA EXTENSA DE LA CORONA, ABARCANDO GRAN CANTIDAD DE DENTINA, CON EXPOSICION PULPAR.

- D).-CUARTA CLASE.-ORGANO DENTARIO CON PERDIDA DE SU VITALIDAD, CON O SIN PERDIDA DE LA ESTRUCTURA CORONARIA.
- E).-QUINTA CLASE.-PERDIDA DE LA ESTRUCTURA DENTARIA.
- F).-SEXTA CLASE.-FRACTURA RADICULAR PUEDE EXISTIR O NO PERDIDA DE LA CORONA.
- G).-SEPTIMA CLASE.-DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE SIN FRACTURA DE -CORONA O RAIZ.
- H).-OCTAVA CLASE.-FRACTURA DE LA CORONA EN MASA Y SU REEMPLAZO.

PARA LLEGAR AL CONOCIMIENTO DE SU TRATAMIENTO ESPECIFICO COMO LOS ENUMERADOS EN EL SIGUIENTE TRABAJO.

- A).-TRATAMIENTO MEDIATO EN PACIENTES CON LESIONES GRAVES,EN CA RA Y MANDIBULA.
- B).-EMPLEO DE FERULAS Y BANDAS DE ORTODONCIA.
- C).-RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO.
- D).-FUNDAS DE CELULOIDE.
- E).-CORONAS DE ACERO INOXIDABLE.

CONOCIENDO EN ESTA FORMA LA IMPORTANCIA QUE TIENE UNA -- ATENCIÓN ODONTOLÓGICA IDEAL,EN EL MOMENTO INDICADO POSTERIOR A UN TRAUMATISMO ,SE EVITARÁN MUCHOS PROBLEMAS SECUNDARIOS AL PA CIENTE.

ESTO LO LOGRAREMOS TENIENDO EL CONOCIMIENTO DE LOS DIFE- RENTES SIGNOS Y SINTOMAS DE LOS TRAUMATISMOS BUCODENTOMAXILA-- RES ,DE ESTA FORMA PODREMOS REMITIRLOS A SU ATENCIÓN ESPECIALI ZADA OPORTUNA, Y PROPORCIONAR LOS PRIMEROS CUIDADOS EN FORMA --

IDEAL.

SE DEBE TOMAR EN CONSIDERACIÓN QUE EL CIRUJANO DENTISTA, NO ES SOLAMENTE UN "SACA MUELAS" COMO COTIDIANAMENTE SE LE DENOMINA, SINO UN MIEMBRO ACTIVO DEL EQUIPO DE SALÚD QUE CUENTA - CON UNA FORMACIÓN PROFESIONAL. CUYO OBJETIVO PRINCIPAL ES MANTENER EL BIENESTAR DEL PACIENTE.

IX. -BIBLIOGRAFIA.

ANATOMIA DENTAL;H.SICHER;LI.DU BRUL;SEXTA EDICION;ED.INTERAMERICANA;1978;PP.159.

ENFERMEDAD PERIODONTAL;S.SCHLUGER;R.PAGE;R.YUODELIS;SEGUNDA -- EDICION EDITORIAL C.E.C.S.A.;1982;PP.22-23.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA;S.FINN;CUARTA EDICION;EDITORIAL INTER-- AMERICANA;1985;PP.199-238.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA;FACULTAD DE ODONTOLOGIA;SUA;J.SEPULVEDA;PRIMERA EDICION;EDITORIAL U.N.A.M.;1980;PP.210-244.

MATERIALES DENTALES Y SU SELECCION;W.O'BRIEN;G.RYGE;UNICA EDICION;EDITORIAL PANAMERICANA;1980;PP.115-120.

CIRUGIA BUCAL;E.COSTICH;R.WHITE;PRIMERA EDICION;EDITORIAL IN-- TERAMERICANA;1974;PP.135-148.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL;G.KRUGER;CUARTA EDICION;EDITORIAL IN-- TERAMERICANA;1985;PP.250-275.